Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik zu Kiel.

Ein Beitrag zur Lehre
von den
epileptischen Verwirrtheitszuständen
nebst ihrer forensischen Würdigung.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
vorgelegt von

Bernhard Schlue
aus Hannover.

Kiel 1912.
Druck von H. Fiencke.

Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik zu Kiel.

Ein Beitrag zur Lehre

von den

epileptischen Verwirrtheitszuständen nebst ihrer forensischen Würdigung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Bernhard Schlue

aus Hannover.

Kiel 1912.

Druck von H. Fiencke.

No. 56.

Rektoratsjahr 1911/12

Referent: **Siemerling,**

Zum Druck genehmigt:

Heine,

z. Zt. Dekan.

Meinen Eltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0238

Unter dem Begriffe Epileptiker versteht der Laie meist einen Menschen, der plötzlich, wie vom Blitz getroffen, rücksichtslos zu Boden stürzt, zunächst am ganzen Körper erstarrt, dann heftig, krampfartig zuckt, allmählich nur noch zittert und schließlich ohne Bewußtsein, meist mit Schaum vor dem Munde, ruhig daliegt, bis er langsam wieder zu sich kommt.

Bereits Hippokrates schildert einige, neben derartigen Krampfanfällen bestehende, psychische Störungen. In seinem Werke »De morbo sacro« schreibt er: »Deinde vides insanos homines et delirantes a nulla manifesta causa et multa et simul importuna facere, vidique multos in somno plorare et vociferari, alios exilire et foras fugere atque ita delirare, donec expergiscuntur. Postea autem etiam sanos esse ac sapientes, velut prius, esseque pallidos ac debiles.«

Gerade diese Seelenstörungen bei Epileptikern sind in den letzten Jahrzehnten wissenschaftlich eingehend bearbeitet worden, zumal da sie forensisch von großer Wichtigkeit sind.

Um 1860 erschienen die auf diesem Gebiete grundlegenden Arbeiten der Franzosen Falret und Morel, etwas später die berühmt gewordenen Abhandlungen von Legrand du Saulle, in England die von Jackson Hughling.

In der neuesten Zeit sind die mannigfachen Erscheinungsformen der epileptischen Seelenstörungen besonders von deutschen Forschern untersucht worden.

Die körperlichen Symptome in ihrer ganzen Stufenleiter vom schwersten Krampfanfall bis herab zu kleinen, kaum wahrnehmbaren Zuckungen, in gleicher Weise die psychischen Anomalien, vom Zustande völliger Verwirrtheit oder Bewußtlosigkeit bis zum geringen Schwindel, Beklommenheit u. a. m. sind bedingt durch einen, in seinem letzten Wesen uns zunächst noch ungenügend bekannten, abnormen Zustand des Zentralnervensystems, die funktionelle »epileptische Gehirnveränderung« (Nothnagel,[28]) Binswanger,[2]) Jolly.[23])

Wir unterscheiden chronische epileptische Seelenstörungen, d. i. eine epileptische Demenz, bestehend in ethischer und intellektueller Verblödung, und akute oder transitorische epileptische Seelenstörung, diese wieder nach ihrer zeitlichen Beziehungen zum epileptischen Anfall bisher als praepostepileptische oder auch prae-postparoxysmelle Seelenstörungen bezeichnet, oder, ohne zeitlichen Zusammenhang mit einem Anfall auftretend, Aequivalente genannt.

Die chronische Seelenstörung wird nach Gnauck[17]) und Raecke[28]) aufgefaßt als Produkt von gehäuften, einzelnen epileptischen Anfällen, der Krampfanfälle im engeren Sinne, wie auch der transitorischen Seelenstörungen, etwa in Analogie, wie wir nach gehäuften Alkoholdelirien sich allmählich einen Zustand geistigen Verfalles ausbilden sehen.

Diese Theorie findet eine Stütze in den beobachteten Beziehungen von Zeitpunkt und Grad der geistigen Entwickelung zur Intensität und Extensität der Anfälle im obigen erweiterten Sinne, denn je früher, häufiger und heftiger sie auftreten, um so stärker werden die dauernden psychischen Veränderungen. Treten die Anfälle bereits bei Beginn des extrauterinen Lebens auf, so wird die geistige Entwicklung ganz ausbleiben; sehen wie doch gerade schwere Imbecillität und Idiotie oft mit Epilepsie kombiniert; fast die Hälfte dieser Individuen zeigen epileptische Krämpfe. Tritt die Epilepsie erst später auf, so beobachten wir eine allmählich fortschreitende Abschwächung der psychischen

Funktionen, welche als zunehmende Veränderung des Charakters und der ganzen geistigen Individualität imponiert.

Dieser epileptische Charakter bricht anfangs nur durch, wenn seine einzelnen Erscheinungen durch besondere Reize ausgelöst werden: diese können bestehen in psychischen Insulten, Ärger, Schreck u. a. m. in körperlichen Vorgängen, Überanstrengung, Menstruation oder in chemischen Noxen, allgemeinen Verdauungsstörungen, Diätfehlern, besonders aber Alkoholgenuß. In diesem Zeitpunkte ist eine genaue Scheidung von akuten epileptischen Psychosen und Exacerbationen der chronischen Erkrankung nicht möglich. Allmählich bildet sich aber ein Dauerzustand mit geringen Schwankungen aus.

»Die geistig verfallenden Epileptiker sind schroffe, rücksichtslose, brutale Egoisten. Sie sind sehr empfindlich, geraten leicht in Jähzorn, Wutanfälle bei geringen Anlässen, Neigungen zu Roheit und Roheitsverbrechen lassen sie für ihre Umgebung sehr lästig, unter Umständen gefährlich werden. Sie zeigen große Neigung zu Lügen, Verleumdungen. Die Urteilsfähigkeit leidet. Den eigenen und fremden Verhältnissen bringen sie eine falsche Auffassung und Beurteilung entgegen, verbohren sicht leicht in die Empfindung, daß sie zurückgestellt, mißachtet werden, sind deshalb mißtrauisch, hinterlistig. Langsam und schwerfällig im Anschauen, umständlich in der Verarbeitung ihrer Vorstellungen, ergehen sie sich in langatmige Ergüsse, ermüden durch Abschweifungen, durch Wiederholungen. Bei fortschreitendem Verfall engt sich ihr Bewußtsein mehr und mehr ein, konzentriert sich auf die eigene Erkrankung, verliert das Interesse an der Umgebung.

Infolge ihrer reizbaren Verstimmung, ihres Mißtrauens, ihres Egoismus sind sie schlechte Kameraden, ihre starre Einsichtslosigkeit macht sie ungefügig und schwer verwendbar zu regelrechter Arbeit. Unter den Prostituierten, unter den Landstreichern findet sich ein nicht unbeträchtlicher Teil von epileptisch Degenerierten. Zu diesen Defekten tritt ein Hang zur Mystik, Frömmelei, der sich in süßlichen Reden über eigene und der Familie Tüchtigkeit, über Re-

ligion und Glauben kundgibt. »Die armen Epileptiker, welche das Gebetbuch in der Tasche, den lieben Gott auf der Zunge, aber den Ausbund der Kanaillerie im ganzen Leibe tragen« (Samt[31]). Unzweckmäßige Begünstigung dieser religiösen und mystischen Gesinnung erzielt oft ein erstaunliches Gemisch von Unterwürfigkeit und rücksichtslosem Egoismus (Siemerling[33]).

Schließlich sei noch erwähnt, daß die Epileptiker an sich, besonders aber die geistig verfallenen, eine auffallende, wenn auch nicht für sie allein charakteristische, Intoleranz gegen Alkohol zeigen. Er steigert die erwähnten Symptome ins Ungemessene, oder aber er löst, was von praktisch größter Bedeutung ist, mit überraschender Sicherheit eine akute Seelenstörung aus. »Der Alkohol ist ein Gift, für den Epileptiker ein doppeltes Gift (Cramer[7]).

Die Theorie, daß diese chronische epileptische Seelenstörung durch den kumulierend, schädlich wirkenden Einfluß einzelner Anfälle entsteht, ist indessen zur Zeit noch nicht allgemein anerkannt. Einige Autoren, so Buchholz,[5]) nehmen vielmehr an, daß diese Erscheinungen nur eine Äußerung der fortschreitenden epileptischen Hirnveränderung sind.

Ein Kausalzusammenhang wurde früher auch für die Beziehungen der Krampfanfälle zu den transitorischen epileptischen Psychosen postuliert auf Grund der Beobachtung stärkeren Aufflackerns des psychischen Krankheitsprocesses im Anschluß an Krampfanfälle. Indessen dürften solche Erscheinungen ohne Zwang in Parallele zu stellen sein mit heftigeren Verwirrtheits- und Erregungszuständen, wie wir sie in Zusammenhang mit Convulsionen z. B. bei arteriosklerotischer Demenz und progressiver Paralyse beobachten können. »Ein gesetzlicher Kausalzusammenhang zwischen den transitorischen Seelenstörungen und Krampfanfällen besteht nicht« (Raecke[28] S. 38.) Sie sind lediglich als Ausfluß der bestehenden Gehirnerkrankung anzusehen, genau wie die somatischen Krankheitserscheinungen, beide sind »gleichwertig«. Nach Vorschlag von Raecke[38] s. 139 wird der Ausdruck »Aequivalent« zweckmäßig nur noch in

diesem Sinne gebraucht; es würde hiermit also die alte Falretsche[13] Anschauung wieder aufgestellt, die auch eine völlige Gleichberechtigung der convulsiven und intellektuellen Symptome betont. Falrets »grand mal et petit mal intellectuell« sind gleich dem »grand mal und petit mal convulsiv«. Indessen scheint auf diesem Gebiete noch keine Einigkeit zu bestehen. Hoffmann[22]), von dem der Ausdruck herrührt, versteht unter seinem »Aequivalent« eine transitorische Psychose ohne zeitlichen Zusammenhang mit einem epileptischen Krampfanfalle. Ziehen[40]) will die Bezeichnung Aequivalent vorbehalten wissen für solche Fälle, bei denen in einer regelmäßig periodischen Reihe von Krampfanfällen ein Glied ausbleibt und statt eines convulsiven ein rein psychischer Anfall auftritt, d. h. zur entsprechenden Zeit, als Ersatz. »Ganz irrig ist auch die alte Lehre, daß sich die Aequivalente dadurch von anderen akuten Psychosen unterschieden, daß ihr Verlauf denjenigen eines Krampfanfalles gleiche. Denn gerade kurzdauernde Prodromalsymptome, plötzlicher, heftiger Ausbruch mit tiefer Verwirrtheit und schwerer motorischer Unruhe, schließlich rasches Abklingen mit nachfolgendem Erschöpfungsstadium und mehr oder weniger weitgehender Amnesie, die man in dieser Richtung als charakteristisch angesehen hatte, lassen sich bei einer ganzen Reihe akuter Irreseinsformen beobachten, welche mit der Epilepsie nicht das Geringste zu tun haben, während im Gegenteil epileptische Bewußtseinsstörungen unter Umständen mit äußerlich geordnetem Verhalten sowie geringem Affekt verbunden sind, häufig ganz allmählich abklingen können und keinen merklichen Erinnerungsdefekt zu hinterlassen brauchen«, Raeke[28] S. 139.

Ein Einwand gegen die völlige Gleichmäßigkeit der somatischen und psychischen Symptome wäre höchstens in Würdigung ihres diagnostischen Wertes berechtigt.

Seit den ersten genaueren Studien über die epileptischen Seelenstörungen war man immer bestrebt, für sie ein Kardinalsymptom zu finden, um das sich die mannigfaltigen anderen psychischen Erscheinungen so ordneten, daß auch ohne nachweisbare, körperliche epileptische Zeichen

und auch beim Fehlen von epileptoiden Momenten (Griesinger[18]) die Diagnose Epilepsie herauskrystallisierte.

So spitzte sich nach einem im Jahre 1873 in der damaligen medizinisch-psychologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage (dieser erfolgte im Anschluß an den bekannt und berühmt gewordenen Fall Holzapfel) die Discussion bereits auf die Frage zu, ob eine epileptische Psychose immer mit Bewußtlosigkeit verbunden sei. Von den meisten Anwesenden, namentlich von Sander und Westphal wurde diese Frage verneint und entschieden betont, daß im Fehlen des Bewußtseins kein Kriterium des epileptischen Charakters einer akuten Psychose zu erblicken sei.

Und doch lassen sich die gesamten transitorischen Seelenstörungen von einem gemeinsamen Gesichtspunkte betrachten, der gerade den Zustand des Bewußtseins betrifft. Bereits 1895[33]) betonte Siemerling, was er später mit folgenden Worten praecisierte:[34]

Die neueren Untersuchungen haben uns gelehrt, daß bei epileptischen Anfällen im weitesten Sinne des Wortes vom leichtesten petit-mal-Anfall mit Schwindel, Verdunklung des Gesichtsfeldes, dem Gefühl der momentanen Abwesenheit bis zu den schwersten Krampfanfällen mit ihren besonderen Erscheinungen (tonische, klonische Krämpfe, Pupillenstarre, Änderung der Reflexe, tiefste Bewußtlosigkeit), weder die Muskelkrämpfe und Störungen in der Sensibilität, an den Reflexen, noch die Erinnerungslosigkeit das Charakteristische im Wesen des Anfalles ausmachen. Der Zustand des veränderten Bewußtseins von der leichtesten Umwölkung bis zum völligen Schwund, das ist das Ausschlag gebende. Dieser Zustand des veränderten Bewußtseins drückt auch allen akuten epileptischen Seelenstörungen seinen charakteristischen Stempel auf.«

Wenn man unter Bewußtsein an sich die Summe der zeitlich zusammenfallenden psychischen Vorgänge versteht, so besagt dieser Siemerlingsche Ausspruch: das Charakteristische der epileptischen transitorischen Seelenstörungen ist nicht eine Aufhebung der psychischen Processe in toto,

nur die Art, wie einzelne dieser vor sich gehen und wie sie in einander greifen, ist gestört.

Näheres über das tiefere Wesen des veränderten Bewußtseins ergibt sich aus einer kritischen Sichtung der mannigfachen Handlungs- und Denkungsweisen der Epileptiker.

Wie sich beim Gesunden das Bewußtsein in obigem Sinne aus den verschiedensten psychischen Vorgängen, Aufnahme von Reizen, Umsetzung in Gefühle, Verarbeitung zu Vorstellungen, Begriffen, Gedanken, Willensvorgängen u. a. m. zusammensetzt, von denen bald der eine, bald der andere vorherrscht, so geschieht dies noch complicierter beim psychisch Kranken mit seinen verschiedenen pathologischen Veränderungen einzelner Funktionen des Geisteslebens. Man könnte die Verlaufs- und Erscheinungsweisen der akuten epileptischen Seelenstörungen streng entsprechend diesen verschiedenen Componenten der Psyche einteilen und schildern; indessen verlaufen diese Psychosen nur selten rein, mit Störung nur einer solchen Funktion, vielmehr sind Mischungen die Regel, und Übergänge führen von den schwersten Verwirrtheitsformen zu den mehr traumhaften Bewußtseinstrübungen hinüber. Entsprechend der jedesmaligen Extensität und Intensität der Bewußtseinsänderung kann man, nach Raecke[28]) S. 140 eine richtige Stufenleiter bilden, die beginnt mit völliger Bewußtlosigkeit im klassischen Anfall, als dem stärksten Grade psychischer Störung, und endet mit bloßen Stimmungsschwankungen bei Epileptikern, die keine Bewußtseinstörung mehr erkennen lassen. In einer solchen Reihe lassen sich schematisch die akuten psychischen Störungen folgendermaßen gruppieren:

1. großer Krampfanfall,
2. rudimentärer und atypischer Anfall,
3. petit mal,
4. Verwirrtheit, Stupor und Delir,
5. traurige resp. heitere Verstimmung,
6. paranoische Zustände,
7. traumhafte Dämmerzustände mit Zwangsimpulsen.

Im klassischen Anfall erlischt alles geistige Geschehen: Die Reize der Außenwelt werden nicht mehr aufgenommen, sodaß auch keine Reflexe auszulösen sind, es fehlt das Gefühl der eigenen Persönlichkeit, Gedächtnis, Überlegung, Willkürhandlung u. s. w.

Ist der Anfall weniger stark, atypisch, rudimentär, so stellen sich nach mehr oder weniger kurzer Zeit in verschiedener Reihenfolge einzelne dieser Vorgänge wieder ein, oder einige wurden überhaupt nicht unterbrochen. Je nach dem Vorherrschen einzelner Prozesse ergeben sich wieder die buntesten Bilder, alle nur denkbaren Kombinationen sind beobachtet. Wegen dieser großen Zahl der Möglichkeiten seien nur wenige allgemeine Angaben statt der Schilderung einzelner Fälle erlaubt.

Die Ideenassociation kann noch ganz gestört sein, das Bewußtsein der Beziehung der Außenwelt zum Individuum, das Gefühl der eigenen Persönlichkeit, die Verknüpfung der Wahrnehmungen mit höheren Vorstellungskomplexen, Urteilen und Schließen kann noch fehlen, und doch können scheinbare Willkürhandlungen sich in automatenhafter Weise abspielen, die ein Mitwirken von Gedächtnisvorgängen unbedingt zur Voraussetzung haben, da oft unzweideutig die Einflüsse der Außenwelt verändernd auf das Handeln der Kranken einwirken.

Fehlt nur für kurze Zeit in geringem Maße eine beschränkte Zahl von psychischen Funktionen, so leitet dieser Zustand bereits zum petit-mal hinüber. Kranke in solchem, oft schnell vorübergehenden Zustand halten höchstens für einen Augenblick in ihrer Tätigkeit ein und fahren ohne jede auffällige Zwischenerscheinung bald völlig geordnet in ihr fort. Zuweilen haben sie auch irgend welche abnorme Gefühle, die sich in ganz unverständlichen Gebahren und Ausdrücken äußern. So erzählte Siemerling in seiner klinischen Vorlesung von seinem früheren Chemieprofessor, wie dieser zuweilen ganz plötzlich in seinem Vortrage abbrach, sich die Weste von unten nach oben aufknöpfte, sie von oben nach unten wieder zuknöpfte und dann ganz richtig an der Stelle, wo er abgebrochen hatte, wieder fortfuhr. Offenbar ist dieses

eigentümliche Verhalten als Äußerung eines Beklemmungsgefühles zu deuten.

Unter diesen Zuständen dürften auch die sogenannten Auraerscheinungen auf sensoriellem, sensiblem, motorischem und vasomotorischem Gebiete zu erwähnen sein. Man versteht hierunter diese verschiedenen abnormen Sensationen, die in nicht einheitlich festgelegter Zeit (Nothnagel[28]) vor einem Anfall auftreten, häufig aber einfach zu den praeparoxysmellen leichteren Seelenstörungen übergehen, ebenso wie hierher auch geringe Grade der unten zu erwähnenden Störungen der Stimmung, besonders depressive Stimmungsschwankungen zu rechnen sind, die sonst als psychische Aurasymptome bezeichnet werden müßten. Streng genommen ist überhaupt der Begriff Aurasymptom überflüssig, da ganz ähnliche Erscheinungen auch noch postparoxysmal beobachtet werden, wenn wirklich ein Paroxysmus im Sinne convulsiver Anfall auftritt. Man braucht sich nur den ganzen epileptischen Anfall im weiteren Sinne als eine die einzelnen somatischen und psychischen Störungen nach ihrer Schwere verzeichnende Kurve zu denken, die Hauptspitze somatischer Art kann in der Mitte, am Anfang oder am Ende liegen, kann aber, soweit sie einen typischen Anfall bezeichnet, auch ganz fehlen, während alle anderen Erscheinungen vorliegen.

Die reineren Störungen der Ideenassociation leiten zu dem Zustand epileptischer Verwirrtheit, Desorientierung über. Diese ist nach Wernicke[38]) vorwiegend allopsychisch, d. h. das Bewustsein der eigenen Person bleibt bestehen, nur die Eindrücke der Außenwelt werden falsch gedeutet; dies kann sich bis zur Asymbolie steigern; zuweilen findet man auch autopsychische Desorientierung.

Verwickelter wird diese Desorientierung, wenn andere Componenten des Bewußtseins noch mitgestört sind im Sinne einer autochtonen Reizung, wenn z. B. noch Halluzinationen auftreten. Griesinger[19]) macht hier auf die Häufigkeit bunter, vorwiegend roter Gesichtshalluzinationen aufmerksam. Neben Halluzinationen kommen ferner Illusionen vor.

Um die verschiedenen Erscheinungen zu ordnen, unterscheidet man nach dem Vorschlage Ziehens[41]) zweckmäßig drei Formen von Assoziationsstörungen: Hemmung, Ideenflucht und Inkohärenz. In der epileptischen Verwirrtheit ist die Inkohärenz stets mit einer der beiden anderen Formen verbunden. Binswanger[2]) nennt sie daher auch das psychopathologische Grundphänomen, um das sich alle Symptome in äußerst wechselnder Intensität gruppieren. Im Stupor überwiegt die Hemmung, im Delir die Ideenflucht. Die Hemmung kommt zum Ausdruck durch verlängerte Reaktionszeit auf Sinneseindrücke aller Art, besonders deutlich in der langsamen und unrichtigen Beantwortung von Verstandes-, weniger von Erinnerungsfragen. Die Ideenflucht ist bedeutend seltener, wird von einigen Autoren sogar bestritten, tritt aber in Raecke[28]) Fall XVI, XXI, XXII, deutlich hervor.

Von besonderer Bedeutung für die Gestaltung des Krankeitsbildes während der epileptischen Verwirrtheit ist die Incohärenz des Vorstellungsablaufes mit ihrer entsprechenden Äußerung in Handlungen. Siemerling[84]) legt diesem Symptom sogar einen gewissen diagnostischen Wert bei: »er glaubt, daß schnelles Nebeneinander von anscheinend geordneten, gleichgültigen, mehr unauffälligen Erscheinungen und befremdlichen, unerwarteten Handlungen, oft mit dem Charakter der Gewalttätigkeit immer den Verdacht auf ein epileptisch verändertes Bewußtsein nahe legt«.

Durch das Haften von überwertigen Vorstellungen kommt es zuweilen auch zu Perseveration, die sich in Paraphasie, zuweilen auch in Stereotypie, Paragraphie und Paralexie äußert.

Geringere Bedeutung haben die Störungen des Affektes im epileptischen Verwirrtheitszustande; sie sind für diese nicht charakteristisch, können aber gerade bei Epileptikern zuweilen eine erschreckliche Höhe erreichen. Meistens ist es eine unbestimmte traurige Verstimmung, die besonders im Anfang verbunden mit den erwähnten fremden Sensationen, Schwindel, Flimmern, Druck in Kopf oder Magen, Brennen im Unterleib u. dergl. m. zu hypochondrischen

Vorstelluugen führen, die ihrerseits wieder paranoisch umgedeutet werden können. In anderen Fällen besteht mehr ausgesprochene melancholische Verstimmung mit oft furchtbaren Angstaffekten und Suicidversuchen.

Seltener ist heitere manieähnliche Verstimmung, die sich zuweilen verbunden mit autopsychischer Desorientierung in ekstatischer Verzuckung und meist religiösen Größenideen äußert.

Bei reinen paranoiden epileptischen Zuständen liegen auch wieder Associationsstörungen vor, aber im Gegensatz zur Verwirrtheit ist hier die Orientierung auffallend gut erhalten. Es ist vorwiegend der Beziehungswahn, der bei nur geringer Trübung der Auffassung und erhaltener Aufmerksamkeit Vorgänge der Außenwelt oder auch krankhafte innere Elemente, wie obige Sensationen und Affekte zu richtigen Wahnideen verarbeitet. Gerade wegen dieser erhaltenen Funktionen besteht bei diesen Zuständen häufig auch ein gewisses Krankheitsgefühl, die Patienten erklären sich selbst zuweilen für »verrückt«; klagen über Kopfschmerz beim Denken, zuweilen deuten sie auch ihre Gefühle, z. B. das, zu impulsiven Handlungen sich getrieben zu fühlen, dahin, sie stünden unter einer fremden Macht.

Treten paranoide Züge, Störungen des Affektes und Verwirrtheit mehr zurück, besteht nur eine uncomplicierte Störung des allgemeinen Bewußtseinsgefühles, d. h. fehlt nur das Bewußtsein der wirklichen Beziehungen der Dinge untereinander zum Individuum selbst (Hoche[21]), so kommt es zu den sogenannten epileptischen Dämmerzuständen, die vor allen epileptischen Seelenstörungen bisher das größte Interesse auf sich gezogen haben. Westphal[39]) entwirft von ihnen folgende Schilderung: »Es gibt Zustände von der Dauer von Minuten bis Stunden, in welchen das Bewußtsein derartig tief gestört sein kann, daß der Betreffende sich in einem Ideenkreis bewegt, der wie losgelöst erscheint von seinem normalen, auf Grund dessen er Handlungen begeht, welche dem gewöhnlichen Inhalt seines Denkens vollkommen fremdartig sind und gar keine Beziehungen dazu haben, ohne daß dabei die Fähigkeit zu zusammenhängenden und

bis zu einem gewissen Grade in sich folgerichtigen Handlungen aufgehoben wäre«.

Das oft jähe Eintreten der Dämmerzustände, die kurze Dauer, das schnelle Abklingen, der auffallende Kontrast zwischen dem äußerlich ruhigen, ja anscheinend geordneten Verhalten und der, wie nachweisbar, oft schweren, zu Gewalttätigkeit treibenden Bewußtseinstrübung, das lebhafte Schwanken zwischen Klarheit und Umwölkung des Bewußtseins, die gestörte Erinnerungsfähigkeit an die Vorgänge, alles dies hat die Dämmerzustände mit einem der Aufklärung nicht gerade förderlichen Schleier des Übernatürlichen, des Übersinnlichen umhüllt, der manche legendenhafte Erzählung gezeitigt und zur Aufstellung von den etwas unklaren Begriffen des Unterbewußtseins, des zweiten Bewußtseins, des Doppel-ich, des zweiten Gesichts u. s. w. geführt hat. (Siemerling[33]).

Von außerordentlicher Bedeutung werden diese Dämmerzustände durch die in ihnen nicht selten ausgeführten kriminellen Handlungen. Eine ausführliche Zusammenstellung solcher Verbrechen bezw. Handlungen mit zivilrechtlichen Consequenzen gibt Többen[37]) in einem Aufsatze über die gerichtsärztliche Bedeutung dieser Zustände, ferner schildert Krafft-Ebing[25]) eine große Zahl.

Besonderen Wert hat man auch auf das Verhalten der Erinnerung bei epileptischen Seelenstörungen, in erster Linie in diesen Dämmerzuständen, gelegt. Zunächst sei hier an den physiologischen Gedächtnisausfall hingewiesen. Neuere Arbeiten von Diehl und Stern (cit. nach Schultze[32]) lehren, was Siemerling[36]) bereits betont, daß eine Gedächtnislücke noch keine Bewußtlosigkeit in dieser Zeit beweist. Das Zustandekommen von Erinnerungsdefekten bei epileptischen Psychosen, ist aus den während eines Anfalles eintretenden Erregbarkeitsveränderungen in den zentralen Assoziationsbahnen und der hierdurch bedingten Incohärenz und Hemmung leicht erklärlich; kommt die Erregbarkeit am Ende des Anfalles zur Norm zurück, so fehlen die assoziativen Erinnerungsbrücken zwischen den Erregungen während des Anfalles und denen nach ihm. Auch

aus dem Ausfall allein der Selbstempfindung, des Gefühles, daß unser »Ich« bei einer Vorstellung beteiligt ist, kann Erinnerungslosigkeit entstehen. Ist eine gewisse Beteiligung für unsere Persönlichkeit während des Paroxysmus erhalten, greift aber unser »Ich« nicht wie im gesunden Zustand ordnend und richtend in das Gewühl von widersprechenden, unsinnigen Gedanken, fremden Gefühlen, groben Sinnestäuschungen, schweren Affektstörungen u. dergl m. ein, so ergibt sich ein, je nach dem Grade der Dissoziation verschieden umfangreicher Ausfall der Erinnerung.

Eine Zeit lang glaubte man in der vollkommenen Amnesie ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal für die epileptische Natur einer psychischen Störung zu besitzen; aber in einzelnen Fällen von zweifellos epileptischem Zustand fand man auch wieder völlig erhaltene Erinnerung. Namentlich Samt[31]), Moeli[26]), Fürstner[16]), Fischer[15]) und Siemerling[33]) haben auf diese Möglichkeit hingewiesen. Ferner beschrieb Bonhöffer[4]) einen solchen Fall und nach ihm noch Diehl[9]).

Bemerkenswert, aber ebenfalls nicht charakteristisch ist auch der »insuläre« Erinnerungsdefekt, ausgezeichnet durch die Wahllosigkeit der Erinnerung. Illustriert wird dies Verhalten durch Siemerlings[34]) Kapellmeister, der im Wagen seinen Koffer auspackte und den Inhalt auf die Straße warf, sich später auch genau erinnerte, die Sachen auf der Straße liegen gesehen, nicht aber daran, sie selbst hinausgeworfen zu haben.

Forensisch wichtig kann die Erscheinung werden, daß zuweilen für den Wechsel des Schauplatzes Erinnerung besteht, für die Ereignisse der Zwischenzeit aber fehlt, ferner die Tatsache, daß zuweilen gute Erinnerung am Ende der Psychose, bei beginnender Aufklärung besteht, dann aber völlig erlischt, wie z. B. in Siemerlings[35]) Fall der Ermordung einer Puella durch einen epileptischen Zuhälter.

Anschließend sei noch die retrograde Amnesie erwähnt, d. h. ein Erinnerungsverlust für die dem Dämmerzustand unmittelbar, mehr oder weniger weit, voraufgehende Zeit; sie

erstreckt sich in einem Falle Alzheimers[1]) auf einen Zeitraum von 1½ Jahren.

Als praktisch wichtig sei endlich hervorgehoben, daß die Erinnerungsreste oft nicht ganz den tatsächlichen Vorgängen entsprechen, sondern daß durch Halluzinationen, Illusionen und Wahnideen bedingte Erinnerungstäuschungen bestehen können, die zuweilen später noch in gesunder Zeit, entsprechend der damals vorliegenden Wahnidee, einen querulanten Zug beibehalten können, wie im Falle einer Bäuerin Raeckes[28]) S. 150, die dauernd bei ihrer, aus dem Verwirrtheitszustand übernommenen Idee verbleibt, der Pfarrer habe ein sexuelles Attentat auf sie verübt, andrerseits aber ruhig anerkennt, daß sie damals »nicht recht im Kopf« gewesen sei.

Überblickt man die sämtlichen geschilderten Arten akuter epileptischer Psychosen, so kommt man zu dem wenig befriedigenden Ergebnis, daß sie alle auch bei anderen Irrseinsformen angetroffen werden. Dies gilt für alle Einzelerscheinungen, wie die Eigenartigkeit der Sinnestäuschungen, impulsives Handeln, Gewalttätigkeiten, Amnesie u. s. w. wie auch für die Krankheitsbilder im Ganzen. Die epileptische Verwirrtheit kann leicht verwechselt werden mit Infektionsdelirien, mit Delirium potatorum, akuter Amentia. Der epileptische Stupor ähnelt manchen katatonischen Verblödungsformen. Erscheinungen, die wir im epileptischen Dämmerzustand finden, insbesondere das impulsive Reisen, in dem Donath[10]) ein für Epilepsie charakteristisches Symptom erblicken will, treffen wir wieder in Fällen krankhaften Wandertriebes (Raecke[29]) Poriomanie, (Schultze[32]) Fuguezuständen (Heilbronner[20]) auf hysterischer, alkoholischer, neurasthenischer Grundlage und im circulären Irresein (Jolly[5]). Stimmungsschwankungen, die z. T. sogar in einer gewissen Periodicität auftreten, begegnen uns bei vielen Schwachsinnsformen, bei Neuropathen, Hysterikern und Morphinisten. Aufregungszustände zeigen sich auch nach Alkoholgenuß und als transitorische Tobsucht.

Gleichwohl war man bisher immer bemüht, allein aus den psychischen Erscheinungen eine sichere Diagnose auf

Epilepsie zu stellen. Was einzelne Symptome nicht ermöglichten, das sollten Symptomcomplexe und die Verlaufsweise leisten. Dies versuchten bereits Morel[27]) und Falret[13]), später Samt[30]), von den neueren Forschern Wildermuth, Parant, Kraepelin[22], neuerdings auch Burgl (cit. nach Ziehen[40]), Kraepelin behauptet[24]): »Ein einziger gut charakteristischer Dämmerzustand könnte uns ebenso gut die Diagnose Epilepsie ermöglichen, wie es ohne Zweifel ein epileptischer Anfall tut«. Zur Zeit ist die Meinung der Autoritäten noch geteilt. Der Kraepelinschen Richtung entgegengesetzt urteilen Siemerling[33]), Christian[6]), Hoche[21]), Cramer[8]), Ziehen[40]) u. a. Ihnen gilt noch, was Siemerling bereits 1895 im Resumé seines erwähnten Vortrages[34]) aussprach: »Ohne epileptische resp. epileptoide Antecedentien gibt es keine epileptische Psychose. Epileptische Zustände sind häufiger als angenommen, namentlich die Schwindelanfälle. Beim Fehlen jedes epileptischen und epileptoiden Symptomes gestatten alle übrigen Erscheinungen wie Amnesie, die Gleichheit der Anfälle, die Eigenart im Handeln und in den Sinnestäuschungen nur mit großer Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Epilepsie zu stellen«.

In der differentialdiagnostischen Verwertung der epileptischen und epileptoiden Symptome steht der Krampfanfall an erster Stelle, indessen genügt nie die Beobachtung eines einzelnen Anfalles (Jolly[23]), denn Anfälle epileptiformen Charakters kommen auch bisweilen im Verlauf von nicht epileptischen Irreseinsformen vor. In zweiter Linie kommen die verschiedenen Formen der petit-mal-Anfälle; unter ihnen wird dem Schwindel eine besondere Wichtigkeit zuerkannt. Raecke[6]) beobachtete ihn unter 150 Fällen von epileptischen transitorischen Seelenstörungen in 72 %, Siemerling hat ihn unter 45 Fällen sogar in 100 % gefunden, in denen Krampfanfälle nur in 60 % vorlagen (cit. nach Raecke[28] S. 155).

Binswanger[2]) betont die Bedeutung von Analgesie, indessen kommt auch diese bei nicht epileptischen Psychosen mit Krampfanfällen z. B. Hysterie typisch vor.

Ferner wird die Pupillendifferenz und Trägheit der Reaktion zuweilen beobachtet in Fällen von epileptischen Psychosen ohne jede gröbere convulsive Erscheinung.

Nicht ganz sicher ist man zur Zeit auch noch betreffs einiger intraparoxysmaller motorischer Reizerscheinungen, bestehend in Störungen des Gleichgewichtes und der Artikulation, allgemeinem oder auf Hände oder Zunge beschränktem Tremor, feinen Zuckungen der Lider, im corrugator supercilii und orbicularis oris, Nystagmus, blitzartige ungeschickte Zuckungen in den Armen und Mundmuskulatur und auch den übrigen Körper (Tic convulsif) die entweder choreïform oder mehr nach Art einer Myoclonie auftreten.

Gerade wegen dieser differentialdiagnostischer Schwierigkeiten dürfte es vielleicht interessant sein, auf zwei Fälle der Kieler psychiatrischen Klinik einzugehen, die auf verschiedener krankhafter Grundlage in gewisser Beziehung sich doch nahe stehen.

Zunächst seien absichtlich nur einige Angaben gemacht über die Umstände und Vorgänge kurz vor und während der Handlungen, welche die Patienten mit dem Strafgesetz in Konflikt brachten.

Für die liebenswürdige Überlassung der Krankengeschichten erlaube ich mir an dieser Stelle den Leitern der Irrenanstalten Dalldorf, Friedrichsfeld b. Hamburg, Neustadt und dem Leiter des Moabiter Krankenhauses meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Fall I.

Der 42 j. Arbeiter M. trinkt am 21. III. 08 um $9^1/_2$ Uhr in einer Wirtschaft eine Flasche Bier und einen Kümmel; dem Wirt fällt er höchstens durch etwas verschlossenes Wesen auf. Als um $11^1/_2$ Uhr das 14 j. Schulmädchen H. auf der Landstraße nach Hause geht, kommt von rechts her durch die Hecke der M., geht an der H., ihr auf Hochdeutsch »guten Tag« sagend, vorüber; darauf ergreift er sie plötzlich mit beiden Händen von hinten, versucht ihr die Kehle zuzudrücken, droht, als die H. laut aufschreit, er werde sie tot machen, wenn sie noch einmal schreie, stößt sie hierbei in den Graben neben der Landstraße und wirft sich auf sie; hierbei zerdrückt er ihre Schiefertafel, läßt

deshalb sofort wieder von ihr ab, sammelt die Scherben sorgfältig in einen Korb der H., zieht diese wieder hoch, schleppt sie zu einem mit halbmannshohem Zaun verschlossenen Heckenloch, übersteigt ihn und hebt auch die H. hinüber; er zerrt sie dann am Arm über eine lange Koppel; auf die Bitte der H., er möge sie doch loslassen, sie wolle ihm ihr Geld geben, sagt er, sie solle still sein. Am Ende der Koppel zieht er sie durch die Hecke in einen Busch und vergewaltigt sie dort. Ehe er von ihr weggeht, droht er ihr, wenn sie etwas nachsage von dem, was ihr passiert sei, werde er ihr jeden Tag auflauern.

Am 29., also nach über einer Woche, verlangt M. auf dem Bahnhof in A., nachdem er sich in S. zunächst irgendwie 20 Mk. geliehen hat, eine direkte Karte nach Berlin, bekommt aber zunächst nur eine bis O., am Fahrkartenschalter fiel M. durch sein gerötetes Gesicht und seinen stieren Blick auf.

Noch am 29. 3. abends 10 1/4 Uhr wird M. in Berlin im kleinen Tiergarten in Krämpfen liegend gefunden und bewußtlos ins Moabiter Krankenhaus eingeliefert.

Fall II.

Der 23 j. einjährig-freiw. Obermatrose B. beleidigt am 8. VI. 04 im Verlauf eines Wortwechsels einen Kameraden, wird deswegen einige Stunden später von Bord zur Matrosendivision zurückversetzt mit dem Vermerk, er habe die Aussicht auf Beförderung zum Res.-Offizier hiermit verloren. Die Nacht vom 8/9. schläft B. noch in seiner Wohnung an Land; am nächsten Tag mittags bekommt er ein Bett in der Kaserne angewiesen. Nachmittags gegen 5 Uhr verläßt er seine Wohnung in der größten Unordnung, (eine kleine eiserne Kassette ist geöffnet, wichtige, teils private Papiere liegen umher); er trinkt in verschiedenen Wirtschaften herum, schläft nachts bei einem ihm bekannten Mädchen, das er zufällig getroffen. Am 10. VI. schreibt er an die Kompagnie eine Karte, er käme am 15. VI. zurück; Suchen sei vergeblich. Morgens um 7 Uhr fährt er nach Hamburg; dort bummelt er umher, geht in Varietés u. dergl. m., begeht weitere Excesse in Bacho et Venere, bis in 4 Tagen sein Geld (140 Mk.) durchgebracht ist; mehrmaliges Depeschieren

an seinen Vater um Geld. Dieser kommt selbst sofort und bringt auf Rat eines Spezialarztes seinen Sohn in einer Heilanstalt für Nervenkranke unter.

Zu Fall I. 30. III. Am Morgen nach der Einlieferung in Moabit ist M. noch vollkommen bewußtlos. Cyanose des Gesichtes. Pupillen reagieren, Reflexe normal, keine Lähmungen. Muß kathetrisiert werden.

Am 2. IV. noch benommen, gibt ab und zu Antwort, ist desorientiert.

Nacht 3/4. IV. sehr unruhig, tobt. Tagsüber singt er laut, gibt keine Antworten. Nach Irrenabteilung verlegt.

5. IV. u. 6. IV. erwacht, klar, fühlt sich wohl.

7. IV. Klagt über starke Kopfschmerzen, dumpfes Gefühl, fühlt, wie er glaubt, einen Anfall kommen. Nachmittags völlig benommen, nach Dalldorf verlegt.

Dort am 8. IV. ganz frei. Macht autoanamnestische Angaben (darüber weiter unten).

9. IV. Ganz frei, nach Übergangsstation.

10. IV. Bittet um Entlassung; (da gerichtlich verfolgt, bleibt er) bis zum 21. normal.

22. IV. Früh morgens Schwindelanfall. Nach Lazarett. Bei Visite liegt er ausgestreckt im Bett, Augen weit geöffnet, Pupillen reagieren, völlig benommen, stöhnt und jammert nur leise.

23. IV. Wieder völlig frei; weiß nicht, wie ins Lazarett gekommen. Zurückverlegt. Bleibt bis 15. V. normal.

16. V. Bei Visite beantwortet er zunächst einige Fragen prompt, plötzlich bleibt er stumm stehen, zittert etwas in den Armen, sieht steil vor sich hin. Als Arzt den Raum verläßt, spielt M. bereits wieder mit anderen Patienten Karten.

Bleibt weiterhin normal, ruhig, fleißig bei Hausarbeit. Am 8., da außer Verfolgung gesetzt, nach Hause entlassen.

Anamnese.

H. M., 42 J., unehelich geboren, erbliche Belastung? Als Kind nicht ernstlich krank. Keine Krämpfe, nur l. Ohr bis zum 18. J. gelaufen, deshalb auch nicht gedient. Mit 12 J. bereits wegen Diebstahl, mit 13 wegen Unterschlagung,

später wiederholt wegen Diebstahl, ferner wegen versuchten Raubes, Brandstiftung, Dachbeschädigung, Widerstandes, Bettelns, im Ganzen 17 mal vorbestraft. Stellt sich nach Angabe eines Gendarmen, im Gerichtsgefängnis oft »irrsinnig«, spielt dann den »wilden Mann« oder »will von Straftat nichts wissen.« Mit 20 J. will er als Landarbeiter von einem Inspektor einen Schlag auf den Hinterkopf bekommen haben; damals bewußtlos umgefallen. Nach ½ Jahr erster Krampfanfall, später weitere. Er fällt plötzlich um, zuweilen Einnässen. Vor Verheiratung regelmäßig getrunken, jetzt nur selten mal. Frau nach 12 jähr. Ehe gestorben. 2 gesunde Kinder.

M. weiß nicht, wie er nach Berlin gekommen. Beabsichtigte nie hinzufahren; ist zum ersten Mal da. Er erinnert sich, Ende März 1908 auf einer Holzauktion (am Tage des Verbrechens) gewesen zu sein. Die Tat stellt er entschieden in Abrede; über die Vorgänge der nächsten Woche weiß er nichts. Er hat früher bereits Ähnliches durchgemacht; wie die Krankenjournale bestätigen, war er bereits mit der Diagnose Epilepsie bezw. Melancholie in verschiedenen Irren-Anstalten, mindestens 8 mal; er wurde zuweilen nach einer in Dämmerzustand unternommenen Reise aufgenommen; mitunter kam er auch von selbst, wenn er einen Anfall nahen fühlte.

Am 2. II. 1911, nachdem er in der Zwischenzeit gesund gewesen, kam er in solchem Dämmerzustand nach Kiel.

Bereits einige Tage vorher fühlte sich M. nicht recht wohl, doch bemerkte sein Pfleger in S., von dem er sich am 1. II. seine Rente holte, nichts Auffälliges. In der Absicht, sich nach Neustadt (ob zur Aufnahme in Anstalt?) zu begeben, ging er mit etwa 20 Mk. Barschaft auf die Landstraße in Richtung nach S. Er erinnert sich auch Leute gesehen zu haben; vor dem Dorf B. will er mit einem Bekannten gesprochen haben, was weiß er nicht; er will auch noch durch das Dorf gegangen sein, von da ab fehlt jede Erinnerung. Abends gegen 8½ Uhr wird M. auf einer Straße Kiels (nach einem Krampfanfall?) bewußtlos gefunden und zur psychiatrischen Klinik gebracht.

Bei Einlieferung am ganzen Körper steif, gestreckt, Augen weit geöffnet, Pupillen übermittelweit, lichtempfindlich. Patient reagiert weder auf Anruf noch auf Nadelstiche, selbst nicht auf solche ins Septum. Muskulatur starr gespannt, Lippen blutig, Schaum vor dem Munde. Blase halb gefüllt. M. erwacht erst wieder am nächsten Morgen im Bad; desorientiert. Klagt über Mattigkeit, schreckhaftes Gefühl. Schläft tagesüber noch viel.

Aus Status sei erwähnt: Kleine etwa 2 cm lange Narbe 5 cm über linkem Ohr, Hinterhauptschuppe vorspringend. Wangen und Nase cyanotisch. Pupillen nicht ganz rund, mittelweit, l. etwas > r. Gang etwas müde, langsam. Urin frei von Zucker und Eiweiß. Gibt an, er könne nicht mehr so gut denken wie früher, ärgert sich auch leicht.

Am 4. II. noch etwas schwer besinnlich.

6. II. Orientiert, antwortet prompt.

Am 8. II. entlassen.

Zu Fall II. B., geb. 16. IV. 81. Erblich schwer belastet. Mutter, deren Schwester und Mutter sehr nervös und hysterisch, ein Bruder verbummelt. Als Kind nächtliches Aufschrecken, Bettnässen, wechselnd in Stimmung, jähzornig. Wegen Asthma aufs Land zu einem Pfarrer. In Schule schlecht gelernt. 3 Jahre in Ober-Tertia, ohne die Reife zum einj. Dienst zu erreichen. Nach Angabe des Pfarrers nervös, leicht erregbar, bereits früh zu Extravaganzen neigend. Zur Handelsmarine, kein zuverlässiger Matrose. Steuermannsexamen bestanden. Bei Marine gern gewesen, später unzufrieden. Im Dienst nach Angaben der Vorgesetzten gleichgültig, unzuverlässig. Im Verkehr mit Kameraden leicht aufgeregt; krankhaft eingebildet und ehrgeizig.

Am Tage nach dem Wortwechsel auffallend aufgeregt, z. T. auch ganz still, aber unruhig hin und her gehend, als fühle er sich nicht wohl. Will aus der Kassette ein Rasiermesser entnommen haben, um sich die Pulsader aufzuschneiden. Beim Spezialarzt in H. macht B. einen unzurechnungsfähigen Eindruck; beantwortet Fragen überhaupt nicht; in Privatheilanstalt nervöse Depression und Erregung; am 28., da wegen Fahnenflucht vom Truppenteil verfolgt, entlassen,

um sich in K. selbst zu stellen. Hat nicht den nötigen Willen, nach K. zu fahren, bummelt in H. wie früher umher, geht schließlich wieder zum Spezialarzt. Dieser bringt ihn bis zur Bahn. In K. zunächst in psychiatrischer Klinik, hier gedrückt, ängstlich, aufgeregt. Von Patrouille ins Garnisonlazarett gebracht. Dort ebenfalls deprimiert, weint auf Befragen. Zur Untersuchung des Geisteszustandes zurück zur psychiatrischen Klinik. Hier zunächst wie bisher; leicht erregbar, bei Befragen in scharfem Ton plötzlich ganz verstummend und weinend. Dabei auffallende Herzbeschleunigung, Zittern im Facialis und an den Händen. Bereits früher bei dem Pfarrer einmal ohne Grund über 24 Stunden im Wald herumirrend, fortgeblieben. In ähnlicher Weise ging er bei der Handelsmarine zuweilen in einem vorübergehenden Zustand von Verstimmung und Unzufriedenheit von Bord und blieb an Land, sich abenteuernd herumtreibend. B. wird als geistig von Geburt minderwertig bezeichnet; es ist anzunehmen, daß er bei Begehung der Tat sich in einer vorübergehenden Störung der Zurechnungsfähigkeit befunden hat.

Beide Fälle fanden vor Gericht den Schutz des § 51 d. St.-G.-B.

Offenbar gehört B. zu den $^5/_6$ von nicht-epileptischen Individuen, die ebenfalls, wie Heilbronner[20]) in seiner Zusammenfassung betont, »Fugue-Zustände« zeigen, in denen sie sich in keiner Weise von Epileptikern zu unterscheiden brauchen. Ihr Handeln erklärt sich als krankhafte Reaktion degenerativ veranlagter Individuen auf noch als normal zu betrachtende Reize; es sind das die armen belasteten Menschen, Psychopathen, die den Unbilden des Lebens gegenüber mangelhaft ausgerüstet sind, ohne indes immer einen sicheren Schutz des Gesetzes zu finden, falls sie einmal gegen die für Normale berechneten Gesetze verstoßen.

Daß in dem Falle I das schwere Sittlichkeitsverbrechen in einem Dämmerzustand geschah, war erst auf Grund des Nachweises der früheren und späteren epileptischen Erscheinungen anzunehmen. Ohne diesen Nachweis wäre M.

sicherlich wegen seiner scheinbar planmäßig-überlegten und ruhig durchgeführten Tat verurteilt worden.

Es entsteht hier unwillkürlich die Frage, ob nicht etwa unter den 17 Strafen des M. einige unbewußt widerrechtlich verhängt wurden, insofern die strafbare Handlung in einem Zustand von Bewußtseinsänderung geschah. Gerade dieser Fall drängt fast dazu, Lombroso bis zu einem gewissen Grade Recht zu geben, der in der 3. Auflage seines Buches »über den geborenen Verbrecher« den Begriff dieses mit dem des Epileptikers identificiert. Wenn dieser italienische Forscher in seinen Anschauungen zwar sicherlich zu weit auf Seiten des Verbrechers steht, er weist doch mit Recht auf die engen Beziehungen zwischen Epilepsie und Kriminalität hin. Dies kann aber garnicht nachdrücklich genug geschehen. Der habituelle epileptische Zustand ist für gewöhnlich so latent, die Äußerungen von akuten epileptischen Seelenstörungen oft so wenig auffällig, andrerseits aber unberechenbar, daß plötzliche, strafbare Handlungen zunächst immer als die eines Zurechnungsfähigen betrachtet werden. »Der Epileptiker ist an und für sich nicht geisteskrank, aber er befindet sich dauernd auf der Schwelle der Geisteskrankheit, und diese Schwelle hat er überschritten, wenn er in den Dämmerzustand eingetreten ist« (Hoche[21]). Dies kann aber jederzeit spontan oder veranlaßt durch Alkohol, Ärger, Affekte eintreten und kann sich, worauf besonders hingewiesen sei, in ganz kurzen bei schnell vorübergehender Bewußtseinsstörung begangenen Handlungen äußern.

Die große Schwierigkeit der forensischen Würdigung dieser Umstände, wie die Notwendigkeit des Schutzes vor Strafe bei einem erwiesen epileptischen Menschen ist klar.

Interessant wäre hier die Frage über die Verwendbarkeit des Alkohols als diagnostisches Hilfsmittel besonders Simulanten gegenüber.

Äußerst schwierig ist ferner die Frage: kann ein Epileptiker, der bereits wegen eines Verbrechens freigesprochen wurde, jemals als geheilt entlassen werden oder aber wie lange muß er frei von epileptischen Erscheinungen geblieben sein, um entlassen zu werden. Nach Ekkins[12]) ist die

lebenslängliche Internierung durch Disposition zu Dämmerzuständen nicht gerechtfertigt, aber sicherlich muß ein solcher Epileptiker zu den gefährlichen Geisteskranken im Sinne des Ministerialerlasses vom 15. VI. 1901 gerechnet werden.

Von großer praktischer Bedeutung ist ferner die Frage der Simulation von Dämmerzuständen, sei es bei ganz gerissenen, gesunden Verbrechern oder aber bei Epileptikern, die in ihrer krankhaften Veranlagung ein willkommenes Kampfmittel oder wie Binswanger[2]) sagt, einen nach Kräften auszunützenden Freischein für ihre verbrecherischen Handlungen zu besitzen glauben. Von gesunden Verbrechern dürfte der Nachweis von den erforderlichen epileptischen oder epileptoiden Zeichen nur schwer zu erbringen sein. Wie entscheidet hier die Kraepelinsche Schule, die aus einem einzigen gut charakterisierten (simulierten) Dämmerzustand die Diagnose stellt? Bei vorliegender Epilepsie dürfte der Ausschluß eines Dämmerzustandes durch Zeugen dagegen nur schwer zu beweisen sein; man denke sich z. B. den Fall M. mit den vorausliegenden, aber ohne die folgenden epileptischen Erscheinungen.

Endlich sei noch kurz ein großes Gebiet andeutungsweise berührt, die zivilrechtlichen Folgerungen für Epileptiker. Die Schwierigkeit liegt hier, wie gleich vorweg genommen sei, in dem scheinbar paradoxen Verhalten, daß bei einer dauernden Gehirnerkrankung kein dauernder Zustand von Geisteskrankheit vorliegt, dies letztere höchstens in einem Falle von vorgeschrittener Degeneration im Sinne der chronischen epileptischen Seelenstörung. Nach einer Reichsgerichtsentscheidung vom 17. XI. 1896 ist z. B. transitorische Geistesstörung der Epileptiker nicht ausreichend, um im Sinne des § 6 1 des BGB eine Entmündigung zu begründen. Desgleichen würde sich Ehescheidung gemäß § 1569 des BGB nur durchführen lassen, wenn 3 Jahre lang bereits Geisteskrankheit nachweisbar wäre. Dämmerzustände, mögen ihre Folgen auch noch so schwer sein, dürften hierzu kaum eine Handhabe geben.

Anders liegen die Verhältnisse beim § 1325 d. BGB; es läßt sich ohne Weiteres nicht der Gegenbeweis erbringen,

daß sich ein Epileptiker zur Zeit, als er vor dem Standesbeamten seine Willenserklärung abgab, sich in einer vorübergehenden Störung der Geistestätigkeit befand. In einem Falle Echeverrias[11]) benahm sich der Bräutigam während der bürgerlichen und kirchlichen Trauung zwar auffallend schweigsam, sonst aber durchaus geordnet; kurz darauf beging er in ausgesprochenem Dämmerzustand die schwersten Gewalttaten; es erfolgte auch Scheidung im Sinne unseres § 1325.

Auch der § 105,2 d. BGB. muß hier erwähnt werden. Die Dinge liegen hier genau ebenso. In beiden Fällen wäre zur Vermeidung späterer Anfechtung des rechtlichen Aktes empfehlenswert, daß ein Sachverständiger vor einem Notar die volle Geschäftsfähigkeit zur Zeit der getroffenen Verfügung bestätigt.

Ein anderes großes Gebiet wäre endlich noch die Zeugnis- und Eidesfähigkeit des Epileptikers. Schon Delariauve zweifelt die Aussagen der Epileptiker vor Gericht an wie Feré[14]) sagt »mit gutem Recht«. Cramer[7]) schreibt: Die Neigung zum Lügen vieler, der meisten Epileptiker ist den Irrenärzten so bekannt, daß es erstaunlich erscheint, wenn immer wieder seit langen Jahren an hochgradiger Epilepsie leidende Individuen als Zeugen vernommen und vereidigt werden. Ich halte es für eine der schwierigsten Anfgaben der psychiatrischen Sachverständigkeit, sich über die Zeugnisfähigkeit eines Epileptikers zu äußern und möchte davor warnen, einem Epileptiker, bei dem sich der epileptische Charakter bereits entwickelt hat, ganz allgemein die Zeugnisfähigkeit zuzusprechen. Nicht selten veranlaßt die pathologisch veranlaßte Neigung zum Lügen die Epileptiker, unter dem Eide die Unwahrheit zu sagen«.

Aus Allem geht hervor, welche große Bedeutung die Epilepsie in weiterem Sinne gerade für das praktische Leben besitzt. Die ausgebrochene Epilepsie muß den Schutz des Gesetzes finden, die latente aber möglichst frühzeitig erkannt werden, zum Schutz des Trägers wie der Umgebung. Dies kann aber nicht Sache des Psychiaters sein, denn zu ihm kommen nur bereits vorgeschrittene Fälle, sondern es ist

die ebenso ernste wie dankbare Aufgabe des praktischen Arztes. Dieser aber wieder wird es nur können, wenn er in ständiger Fühlung mit seiner Klientel steht, im Sinne des leider mehr und mehr aus der Mode kommenden Hausarztes, um so Geschlecht aus Geschlecht mit allen ihren ererbten Krankheitskeimen genau zu kennen.

Im Zusammenhang mit dieser sozialen Bedeutung der Epilepsie sei endlich auch auf die segensreichen, leider aber zur Zeit noch viel zu wenig gewürdigten Bestrebungen der Antialkoholbewegungen hingewiesen. Wie viele epileptisch Veranlagte genießen unbewußt täglich dieses »doppelte Gift«, das für sie selbst und für den Staat unberechenbaren Schaden anrichtet.

* * *

Meinem verehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling, sage ich für die Überlassung der beiden Fälle meinen verbindlichsten Dank.

Literaturverzeichnis.

1. Alzheimer, Über rückschreitende Amnesie bei Epileptikern. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. LIII.
2. Binswanger, Die Epilepsie in Nothnagels Path. u. Ther. bei Hölder, Wien 1899.
3. Ders. Epilepsie. Eulenburgs Real-Encyclopaedie, 1895. VIII. S. 202.
4. Bornhöffer, Ein Beitrag zur Kenntnis d. epil. Bewußtseinsstörung mit erhaltener Erinnerung. Zentralblatt f. Nervenheilk. 1900, Oktober.
5. Buchholz, Über die chronische Paranoia bei epil. Individuen. Leipzig 1895.
6. Christian, Folie epileptique. Bruxelles 1890.
7. Cramer, Die epil. Seelenstörungen. Siemerling-Binswanger, Lehrb. d. Psych. Jena 1907.
8. Ders. Die gerichtl. Psychiatrie. Jena 1890.
9. Diehl, Ein Fall von erhaltenem Bewußtsein im epilept. Anfall. M.-M. W. 1901. S. 1609.
10. Donath, Der epil. Wandertrieb. Arch. f. Psych. 32. S. 335.
11. Ecchevarria Journ. of mental science, 1880, Oct.
12. Ekkins, Journ. of mental science, 1891.
13. Falret, De l'etal mental des epileptiques. Arch. gén. de med 1860 II. S. 661 u. 1861 S. 461.
14. Féré, Die Epilepsie, übers. von Ebers, Leipzig 1896.

15. Fischer, Zur Lehre vom epil. Irresein. Archiv f. Psych. XV, S. 741.

16. Fürstner, Zur epil. Geistesstörg. Arch. f. Psych. XIII, S. 715.

17. Gnauck, Über die Entwicklung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie. Arch. f. Psych. XII. S. 337.

18. Griesinger, Über einige epileptoide Zustände. Arch. f. Psych. I. S. 320.

19. Ders., Arch. f. Psych. und Nervenkrankh. I. Bd.

20. Heilbronner, Fugue u. fugueartige Zustände, Jahrb. f. Psych. u. Neurolog. 23. 1903.

21. Hoche. Handb. d. gerichtl. Psych. 1903.

22. Hoffmann, Die Klassifikation der Psychosen in der Anstalt zu Siegburg, Zeitschrift f. Psych. Bd. XIX. 1862.

23. Jolly, Epilepsie. Ebstein-Schwalbes Handb. Stuttgart 1900.

24. Kraepelin, Lehrbuch d. Psychiatrie.

25. v. Krafft-Ebing, Lehrb. d. Psych. 1897. Ferner Einzelschriften, angegeben bei Raecke (28) S. 169.

26. Moeli, Über Geistesstörung bei Epilepsie. B. Kl. W. 1882, S. 435.

27. Nothnagel, Epilepsie u. Eklampsie. Handb. der spec. Path. u. Therapie von Ziemssen.

27. Morel, Traité des maladie mentales, Paris 1860.

28. Raecke, Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. Habilitatationsschrift, Halle 1903.

29. Ders, Über epil. Wanderzustände. Arch. f. Psych. 32, S. 335.

30. Samt, Epilept. Irrseinsformen. Arch. f. Psych. V. S. 393.

31. Ders. „ „ Arch. f. Psych. VI. S. 147.

32. Schultze, Über Krankh. Wandertrieb. Zeitschr. f. Psych. 60. S. 795.

33. Siemerling, Epil. Psychosen und ihre Behandl. B. Kl. W. 1909, No. 1.

34. Ders., Über die transitorischen Bewußtseinstörungen der Epilepsie in forensischer Beziehung. B. Kl. W. 1895, No. 42 u. 43.

35. Ders., Gutachten. Arch. f. Psych. 25, S. 514.

36. Ders., Discussionsbemerkung, Zeitschr. f. Psych. 55, S. 807.

37. Többen, Über die gerichtsärztliche Bedeutung der epilept. Dämmerzustand. Viertelj. f. ger. Med. 1908, Bd. 35, S. 321.

38. Wernicke, Grundriß d. Psych. Leipzig 1900.

39. Westphal, Obergutachten. Viertelj. f. ger. Med. 39, S. 198. 1883.

40. Ziehen, Über path. Unzurechungsfähigkeit, Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. 1897, No. 2.

41. Ders., Über Störungen d. Vorstellungsablaufes bei Paranoia. Arch. f. Psych. 34, S. 112.

Lebenslauf.

Ich, Bernhard Theodor Albert Schlue, evang. Konfession, wurde zu Hannover, am 22. IX. 1884 als Sohn des Telegraphen-Direktors Eduard Schlue geboren. Ich besuchte die Bürgerschule in Erfurt und Dortmund, das Gymnasium in Dortmund, Mannheim, Frankfurt a/M. und Cassel; an diesem bestand ich das Abiturienten-Examen. Hierauf trat ich als Fahnenjunker in das 1. Ober-Elsässische Infanterie-Regiment No. 167, nahm bald nach der Beförderung zum Leutnant meinen Abschied aus dem aktiven Dienststande und widmete mich dem Studium der Medizin an den Universitäten Freiburg (5 Sem.), Kiel (1 Sem.), München (1. Sem.), Kiel (3 Sem.). Hier bestand ich am 5. XII. 1911 das medizinische Staatsexamen. Am 11. XII. 1911 bestand ich ebenfalls zu Kiel das Examen rigorosum.